

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

N°

397

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Aurel BRAUNSTEIN

Né à Buhusi (Roumanie), le 14 Avril 1906

**Pyrétothérapie réglée
associée au traitement arsénical
(Tryparsamide)
dans la paralysie générale**

Président : M. COUGEROT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
Aurel BRAUNSTEIN

Né à Buhusi (Roumanie), le 14 Avril 1906

Pyrétothérapie réglée
associée au traitement arsénical
(Tryparsamide)
dans la paralysie générale

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELbet.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	de GAUDART d'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie	JOYEUX.
Pathologie médicale.....	GUY-LAROCHE.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale.....	LIAN.
Pharmacologie	MERCIER FERNAND.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MU LON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Histologie	DEMLIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRE.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	FIESSINGER.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale	LERI.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale	LE LORIER.
Clinique chirurgicale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrég.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE (*in memoriam*)

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Oncle

S. ENGHELBERG

*Toute ma profonde reconnais-
sance.*

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GOUGEROT

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.
Qu'il reçoive ici l'hommage de
ma respectueuse reconnais-
sance.*

A mon Maître M. J. HAGUENAU

MÉDECIN DES HÔPITAUX

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et qui a bien voulu
mettre à notre disposition
tout le matériel nécessaire
pour notre travail.
Toute ma profonde reconnais-
sance.*

PREAMBULE

Le traitement de la paralysie générale a fait depuis quelques années des progrès importants. D'une part la chimiothérapie, jusque-là à peu près inefficace, a obtenu avec certains dérivés de l'arsenic pentavalent des résultats satisfaisants. D'autre part, diverses méthodes biologiques ont été expérimentées, parmi lesquelles l'inoculation du paludisme et la pyrethérapie réglée se sont montrées les plus intéressantes.

HISTORIQUE

La pyrétothérapie dérive de la doctrine hippocratique concernant l'action favorable des maladies intercurrentes fébriles sur l'évolution des psychoses (*Quartana ab aliis magnis morbis vindicat*).

Cette doctrine s'est transmise d'âge en âge. Gallien y a envisagé la guérison de la mélancolie par la malaria.

Louis XI (1423-1483) était atteint d'épilepsie et ses médecins, qui ne réussissaient pas à le soulager, lui conseillèrent de s'exposer à contracter la fièvre quarte pour être guéri du mal. (Duclos, histoire de Louis XI).

En présence des améliorations survenues après une infection, les anciens auteurs français étaient arrivés à penser que les suppurations naturelles, provoquées artificiellement, pourraient avoir également un bon résultat thérapeutique.

L'observation de psychoses heureusement influencées par la malaria semblent avoir une origine assez ancienne.

Koster rapporte 24 cas de malaria survenus chez des aliénés desquels 7 furent guéris et 7 améliorés.

Nasse, le premier, en 1864, a reconnu l'influence heureuse de la malaria tierce sur la paralysie générale. Il a même publié une série de cas montrant que, de toutes les maladies intercurrentes, la malaria a la meilleure action.

C'est en 1887 que Wagner Jauregg, s'appuyant sur les rémissions post-fébriles, proposa l'utilisation de la fièvre comme moyen thérapeutique de la paralysie générale. On croyait à cette époque que l'élévation de la température était la cause de ces effets surprenants et depuis lors les essais ont été poursuivis dans deux voies parallèles.

1) *Une voie chimiothérapique*

On a employé successivement tous les produits qui avaient été préconisés dans la syphilis et en particulier les dérivés de l'arsenic pentavalent : la Tryparsamide et le Stovarsol sodique.

2) *Une voie pyrétogène*

On a recherché tout d'abord à provoquer uniquement l'accès fébrile qui détermine l'effet thérapeutique souhaité. Ce qu'il importait donc de rechercher, c'était une substance susceptible de provoquer chez un paralytique général un accès thermique, ou capable surtout de reproduire cet accès régulièrement, à tout coup et à volonté, dans son intensité et dans sa répétition.

En vue d'obtenir le résultat désiré, même dès 1914, les expérimentateurs ont eu recours d'abord à toutes les substances réputées pyrétogènes : le nucléinate de soude, la peptone, le lait, les métaux colloïdaux (la collobiase d'or), les vaccins, la tuberculine, ont été tour à tour expérimentés.

C'est alors qu'est apparue la malariathérapie. En 1913, Emile Legrain avait recommandé l'inoculation de la malaria comme traitement de certaines maladies nerveuses, et en particulier de la paralysie générale. Ce n'est que depuis les travaux de Wagner-Jauregg, en 1917-1918, que la malariathérapie a été vraiment connue. Depuis, elle a été étudiée un peu partout, en particulier en France par MM. A. Marie, Claude et Targowla.

Les succès de la malariathérapie ne devaient pas faire oublier les bons résultats obtenus par la simple pyrétothérapie, nombre d'insuccès de cette méthode étant dûs au fait que ces injections déterminent des réactions variables, instables et surtout, qu'après avoir subi plusieurs accès fébriles provoqués, les malades ne réagissent plus au médicament.

C'est alors que MM. Sicard, Haguenau et Wallich ont eu l'idée de se servir comme agent pyrétogène du vaccin antichancrelleux de Nicolle, connu sous le nom de Dmelcos, avec des résultats cliniques favorables. Divers auteurs ont repris cette étude, et particulièrement MM. Sezary et Barbe, avec des conclusions moins favorables.

Cependant, il est démontré qu'on peut en toute cer-

titude provoquer volontairement et indéfiniment chez les paralytiques généraux un accès fébrile variant entre 38 et 40°, suivant la dose de ce produit injectée par voie intraveineuse.

Au cours de la cure antichancrelleuse, le nombre des injections est de 5 à 6 au maximum. Siccard, Haguénau et Wallich ont cherché à s'assurer que la plus grande répétition d'injections de ce produit ne diminuait pas son pouvoir pyrétogène. Ils ont constaté qu'il en est réellement ainsi. Ils ont signalé qu'un paralytique général qui avait reçu 43 injections de Dmelcos intraveineux, continuait à réagir à la dernière injection comme à la première. Depuis, une expérience très prolongée a prouvé qu'il ne s'établissait jamais un état réfractaire. La secousse thermique se déclenche avec la même puissance, avec le même rythme. Il n'y a donc pas accoutumance. Il n'y a pas non plus de sensibilisation et les accès n'ont pas tendance à s'aggraver, ni à déterminer un choc trop brutal. C'est là le fait essentiel, car on a pu essayer d'associer les deux traitements de la P.G., le traitement pyrétogène, et le traitement médicamenteux.

Nous voulons rapporter ici les résultats obtenus par l'association de ces deux méthodes.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA MÉTHODE

Les indications de la méthode sont :

- 1) Toutes celles de l'arsénothérapie, dont l'effet est accru par l'association avec la vaccinothérapie.

2) Quelques contre-indications des autres méthodes, et surtout de la malariathérapie, car cette méthode, si séduisante soit-elle, n'est pas toujours applicable. Ainsi, l'état somatique doit être satisfaisant. Le malade doit avoir une résistance organique suffisante pour faire les frais d'une infection provoquée.

Ainsi la tuberculose pulmonaire est pour Claude et Targowla une contre-indication de la malariathérapie.

Tous les auteurs admettent que les affections du foie commandent l'abstention, qu'il s'agisse d'affections aiguës ou chroniques de cet organe, d'amibiase ou de cirrhose.

L'inoculation du paludisme est contre-indiquée dans les affections cardiaques mal compensées.

L'adipose très prononcée est une contre-indication.

L'existence d'une néphrite doit aussi faire rejeter l'impaludation.

La gravité est, d'après Spiethoff, jusqu'au commencement du sixième mois, une contre-indication.

Le traumatisme cranien grave également.

Aussi, chez tous les sujets dont la résistance est déficiente, a-t-on intérêt à tâter la susceptibilité par une série de Dmelcos qui choque moins le malade et que l'on est toujours maître d'arrêter, l'effet de l'injection s'épuisant en quelques heures.

3) Dans les cas particuliers où la malariathérapie, quoique indiquée, ne peut être appliquée, car il n'est

pas toujours facile de se procurer du plasmodium vivax (malade à la campagne).

Comme contre-indication de notre méthode, signalons les états fébriles, maladies intercurrentes, poussées évolutives de tuberculose pulmonaire et les états cachectiques.

AVANTAGES DE LA MÉTHODE

Maintenant que nous disposons d'un moyen simple d'instituer une pyrétothérapie réglée, car nous pouvons provoquer à coup sûr, à heure fixe, avec l'intensité voulue, l'accès thermique, cette méthode présente de grands avantages.

1) Elle est maniable par tous les médecins, même éloignés de grands centres et qui ne disposent pas de souches et de réservoirs de virus paludéen.

2) Elle est réglable dans son intensité selon les réactions propres de chaque malade, selon son état général. L'inoculation malarienne au contraire, une fois faite, échappe à notre contrôle et a pu déterminer des accidents graves, mêmes mortels.

Dans d'autres cas, on a dû l'interrompre rapidement avant qu'elle ait donné des résultats utiles.

Dans quelques cas enfin, l'inoculation malarienne tentée à plusieurs reprises chez le même malade par les médecins les plus avertis n'a pu être obtenue.

3) La pyrétothérapie peut être prolongée. Après des

phases d'arrêt elle peut être reprise selon la technique que nous indiquons, alors que l'inoculation de la malaria ne permet pas aussi communément des séries répétées.

4) Enfin et surtout, la pyrétothérapie peut être associée à l'injection des arsénicaux, alors que l'arsenic éteint l'infection paludéenne.

C'est là un fait d'une importance considérable qui nous permet d'injecter en même temps le produit thermogène et l'arsenic.

L'arsenic agit avec plus d'intensité injecté en même temps que le vaccin, sans modifier les réactions provoquées par celui-ci.

TECHNIQUE ET PRODUIT UTILISE

On emploie comme agent pyrétogène le vaccin antichancréleux de Nicolle, connu sous le nom de Dmelcos. Le produit est livré en boîtes de six ampoules à doses croissantes qui contiennent respectivement, émulsionnés dans du sérum physiologique fluoré et phéniqué, de 225 millions de bacilles à 675 millions.

La dose à employer est variable

On doit rechercher la dose utile chez chaque sujet en procédant avec progressivité. On injecte d'abord 1/2 cm³, puis 1 cm³, 1 1/2, 2, 2,5 et 3 cm³, et même 4 et 5 cm³, de vaccin. Si la réaction était trop violente, au cours des séances ultérieures, on reviendrait à une dose plus faible. Il n'y a pas d'intérêt, l'effet étant produit, à augmenter indéfiniment les doses. Le contenu de l'ampoule doit être agité, au préalable, et l'injection faite strictement intraveineuse. Il est à noter cependant que le produit n'est pas caustique.

L'effet de l'injection commence à se faire sentir en deux à trois heures. Il est comparable à l'effet produit chez les porteurs de chancres mous. Cependant il semble que les réactions soient moins brutales et durent moins longtemps chez les sujets non porteurs de bacilles de Ducrey (Sicard et Haguenau et Wallich).

Deux ou trois heures après l'injection, le malade accuse une sensation de froid, puis le frisson apparaît, grand frisson solennel, du type pseudo-palustre. Le malade ressent d'abord un malaise général avec légère céphalée. La température commence à s'élever à 38-39°. Elle continuera son ascension pendant plusieurs heures. Ainsi elle ne pourra atteindre son acmé (39,5 à 40°) que quatre à cinq heures après l'injection, quelque temps après la cessation du frisson, qui dure une demi-heure. Le contrôle thermométrique, pour être exact, devra donc être méthodiquement

pratiqué. Après une crise sudorale abondante, la chute de température se fait rapidement. Le lendemain elle est toujours revenue à son niveau normal.

La sensation de malaise ne dure que peu de temps et n'empêche pas les malades de s'alimenter. Il est évident que ce sont les substances protéiniques de ce vaccin, corps microbiens détruits, protéines dissoutes, qui sont responsables de ce choc humoral.

Comme traitement, par le Dmelcos, on fait en général 2 ou 3 fois par semaine, selon l'état général du malade, une injection intraveineuse de Dmelcos. On fait environ 20 injections semblables. Après un temps de repos de deux mois, on reprend le traitement.

Pour modifier l'état général, il est indiqué d'administrer aux malades pendant la cure, soit des préparations ferrugineuses, soit du foie de veau.

TRAITEMENT ARSENICAL PAR LA TRYPARSAMIDE

Depuis que l'origine syphilitique de la paralysie générale est admise sans conteste, on s'est efforcé de traiter cette affection par les médicaments qui avaient été utilisés contre la syphilis, et principalement les arsénobenzènes, mais les résultats cliniques ont été nuls.

Les auteurs se sont demandés si leur insuccès ne tenait pas à ce fait qu'ils n'agissent dans l'organisme, comme l'a montré M. Levaditi, qu'après avoir subi un processus d'oxydation; or, le tissu nerveux est doué d'un fort pouvoir réducteur. Le 606 et 914 ne peuvent donc y subir l'oxydation nécessaire à la révélation de leur pouvoir antisyphilitique. On a pensé alors à les remplacer par des arsénicaux qui agissent après réduction.

Les dérivés de l'acide arsénique, c'est-à-dire d'un composé de l'arsenic pentavalent, remplissent précisément cette condition. En France, ayant eu connaissance des travaux américains, Sicard et Haguénau ont employé la tryparsamide depuis 1923, d'abord seule, ensuite associée à la pyrétothérapie.

Car nous avons vu que l'arsenic agit avec plus d'intensité injecté en même temps que le vaccin, sans modifier les réactions provoqués par celui-ci.

Le stovarsol sodique a été employé par MM. Sezary et Barbe.

Le produit dont il s'agit dans nos observations est la Tryparsamide américaine, préparée par Jacob et Heidelberger de l'institut Rockefeller, et que nous a fourni la maison Poulenc.

TECHNIQUE

On a injecté la Tryparsamide après le vaccin par la même aiguille. Le produit est dissout extemporané-

ment dans de l'eau bidistillée (4 cm³ par gramme de produit), on l'injecte 2 ou 3 fois par semaine par voie veineuse, en même temps que le Dmelcos, à la dose de 1 gramme jusqu'à un total de 21 à 24 grammes.

Après un intervalle, variable selon les cas, mais jamais inférieur à six semaines, les séries sont répétées et on peut arriver à injecter un total de soixante-dix grammes environ au cours de la première année de traitement.

Avant le traitement, il faut faire en particulier l'examen des urines et de l'état oculaire pour rejeter les sujets présentant de l'albumine ou une lésion de la papille.

Après les injections, les seuls incidents dignes d'être relatés sont les vomissements que l'administration d'adrénaline par voie hypodermique fait disparaître rapidement.

D'autre part, les accidents oculaires que peuvent provoquer les pentavalents doivent être connus. Aussi ne commençons-nous jamais une nouvelle série sans faire examiner l'œil du malade. Grâce à cette précaution nous n'avons jamais observé d'amblyopie.

Peut-être l'association de Dmelcos a-t-elle une influence à ce sujet..

RÉSULTATS CLINIQUES

Dans la pyréthérapie par le Dmelcos intraveineux associé au traitement arsénical, on peut constater des résultats cliniques qui sont très satisfaisants, d'autant

plus qu'on peut employer facilement cette méthode là où l'autre méthode est tout à fait contre-indiquée.

Dans les cas favorables, on assiste, après les accès fébriles provoqués, à une atténuation des idées délirantes. La désorientation dans le temps et l'espace regresse, l'attention se fixe de mieux en mieux, la mémoire revient même pour les faits les plus anciens, l'effort intellectuel est moins pénible et mieux coordonné. L'autocritique revient avec disparition de l'euphorie niaise. On assiste même à une récupération quasi-totale de l'activité intellectuelle, ce qui permet très souvent au malade de reprendre sa profession antérieure.

Au point de vue état général, on constate une amélioration de l'état physique avec reprise de poids. La dysarthrie, le tremblement des doigts, celui de la langue et des muscles de la face, les troubles de l'écriture sont également bien influencés. Comme dans toute autre méthode, même malariathérapique, l'inégalité pupillaire et le signe d'Argyll Robertson ne sont pas influencés.

RÉSULTATS BIOLOGIQUES

Les résultats biologiques et cliniques sont loin de marcher toujours de pair. Dans le L. C. R. la réaction de B. W. peut, soit ne pas être modifiée, soit devenir plus faiblement positive. Il est absolument exceptionnel qu'elle soit considérablement modifiée.

La réaction du benjoin colloïdal peut ne pas être modifiée ou devenir subpositive.

L'hypéralbuminose diminue généralement. Cette amélioration se produit lentement. Elle s'observerait avant l'atténuation de la réaction de Wassermann.

Tous les auteurs sont d'accord pour signaler la diminution de la leucocytose. La numération à la cellule de Nageotte montre que le chiffre peut descendre à la normale.

Enfin, dans le sang la réaction de B. W. peut, soit ne pas être modifiée, soit plus souvent devenir négative, mais la négativité du sang peut être obtenue par toutes les méthodes de traitement énergique.

OBSERVATIONS

Dans ce chapitre nous avons réuni 23 observations qui nous ont été données par M. Haguenau. Les malades ont été suivis depuis plusieurs années, soit dans le service de M. Sicard, soit en clientèle privée par M. Haguenau.

Nous avons laissé de côté d'autres observations dont nous n'avons pu juger les effets éloignés, les malades étant en traitement depuis peu de temps; mais nous avons constaté même chez ceux-là une très bonne amélioration dès les premières séries.

OBSERVATION I

Disparition des troubles psychiques, amélioration complète des symptômes physiques.

L. Jean, 48 ans, comptable, 1928.

Se présente comme un P.G. typique.

Début en 1926 par perte de la mémoire et aggravation progressive.

Examen mental.

Le malade se perd dans la rue. Il revient chez lui sans argent, ayant tout dépensé dans ses promenades.

Pas de phénomènes délirants. Indifférence absolue. Perte de la notion du temps et de l'espace. Se trompe dans les calculs élémentaires. Affaiblissement intellectuel global.

Examen physique.

Le faciès est atone et niais, hébétude. Dysarthrie accentuée, sourire niais, inégalité pupillaire. Argyll Robertson + + à droite. Secousses fibrillaires. Réflexes tendineux vifs.

Laboratoire.

Sang B.W. + +.

L.C.R. B.W. + +. Albuminose.

Traitement.

Une série de 25 injections intraveineuses de Dmelcos associée à 21 gr. Tryparsamide. Réactions fébriles entre 38⁴ et 39⁹. Amélioration considérable. Disparition de l'hébétude et de l'indifférence.

S'intéresse à sa famille. Se souvient des faits les plus récents. S'occupe de petits travaux d'intérieur. Amélioration de la dysarthrie.

Argyll + +.

L.C.R. B.W. + +.

Sang B.W. —.

OBSERVATION II

Guérison clinique

D. A., 50 ans, vu en 1928, septembre.

Début il y a 2 ans par troubles du caractère, irritabilité, grossièreté (homme bien élevé). Il a des désagréments au cercle, chose qui ne lui était jamais arrivée avant.

Continue à mener une vie active d'homme d'affaires. Il y a un mois (août), crise d'épilepsie.

Examen mental.

Depuis, diminution intellectuelle progressive. Dit des absurdités sans rapport avec sa situation. Inconscience de son état. Certaine indifférence. Parle de lui comme d'un étranger.

Examen physique.

Secousses fibrillaires de la langue. Légère dysarthrie. Pas de leucoplasie. Réflexes tendineux vifs. Pas de signes oculaires.

L.C.R. B.W. + + +.

Sang B.W. +.

Depuis sa première visite, il a fait encore une nouvelle crise d'épilepsie.

Reçoit 20 injections de Dmelcos avec 19 gr. Tryparsamide.

Dès la cinquième injection, grosse amélioration de son état général et psychique.

Il mène une vie d'affaires normale.

Revu trois mois après la première série (décembre 1928). Une nouvelle modification du caractère. Pas de crise committiale. Sang B.W. +.

Nouvelle série de Dmelcos avec Tryparsamide.

Mars 1929. — Va très bien.

Dans le courant de 1929 reçoit deux séries de Dmelcos avec Tryparsamide.

Rien à signaler.

En 1930. — Premier semestre, une série de Quimby.
Deuxième semestre, Tryparsamide sans Dmelcos.
Va très bien.

OBSERVATION III

Grosse amélioration

B. A., employé de banque, mars 1929.

Il vient consulter pour le changement du caractère produit depuis quelques mois.

Examen psychique.

Il est triste, ne communique plus avec ses collègues de banque. Présente des crises de dépression. S'arrête dans son travail. On l'a trouvé sur le palier en train de faire des prières. Cependant on n'a constaté aucun trouble dans sa comptabilité.

Dans la famille, comportement normal, mais déprimé. Semble vivre dans un chagrin continu. Indifférence des affaires familiales. Mange gloutonnement. Désorientation dans le temps. Troubles de la mémoire. Quelques incohérences entre ses projets et sa situation sociale.

Examen physique.

Tremblement de la langue et des doigts. Dysarthrie légère. Argyll + +. Réflexes tendineux vifs.

Sang B.W. + +.

L.C.R. B.W. + + +.

Traitement.

Une série de Dmelcos et Tryparsamide faite à la campagne.

Grosse amélioration des signes psychiques et physiques dès la huitième injection.

Il demande à reprendre son travail.

Revu six mois plus tard. Paraît complètement guéri. Malgré son amélioration on lui conseille une deuxième série.

1930-1931. Le malade ne travaille plus, mais se comporte très bien à la campagne.

OBSERVATION IV

Amélioration nette des signes psychiques

B. A., dentiste, 47 ans, 1927.

Σ connue mais mal traitée.

Premier symptôme observé : tremblement (mais éthy-le). Sa femme ne sait pas dire si c'est à cause de ce tremblement ou de ses bizarreries que le cabinet est moins achalandé.

Examen psychique.

Désorientation dans le temps. Troubles de la mémoire. Ne peut plus lire les journaux. Dans la famille reste affectueux avec les enfants, mais il est incapable de suivre leurs études. Quelques absences. A fait une crise committiale.

L'examen est difficile, le malade baffouille en parlant.

Examen physique.

Tremblement des lèvres. Argyll + +. Opacité diffuse du cristallin. Réflexes tendineux vifs. Acuité visuelle diminuée.

Sang B.W. + +.

L.C.R. B.W. + +.

Traitement.

On fait une série de Dmelcos et Tryparsamide.

Résurrection de ses capacités professionnelles. Sa femme le considère comme complètement guéri. Et malgré les instances le malade reste 4 ans sans traitement, sauf une série de Quimby.

Revu en 1931. Continue son métier de dentiste. Mène une vie familiale normale. Un peu d'automatisme.

OBSERVATION V

C. O., 43 ans, janvier 1930.

P. G. typique, forme expansive.

Examen psychique.

Projets multiples. Idées de grandeur absurdes. Succès d'affaires. Euphorie. Il est satisfait de lui-même et se montre très heureux de son sort. Il vient de réaliser une affaire considérable. Passe d'un sujet à un autre. Ne répond pas d'une façon précise. Affaiblissement intellectuel global. Troubles de la mémoire. Ne trouve plus la date de son mariage. Se trompe dans les calculs les plus simples. N'est pas capable de retrouver l'erreur.

Signes physiques.

Dysarthrie légère. Réflexes tendineux vifs. Pas de signes oculaires. Pas de tremblement.

Sang B.W. + +.

L.C.R. B.W. + +.

Albumine 0.82.

Traitement.

Une série de Dmelcos avec Tryparsamide, 20 gr.

Revu le 30 septembre 1930. Parfaitement sensé et équilibré. Ne présente plus aucun trouble psychique. Pas de dysarthrie.

Sang B.W. —.

L.C.R. B.W. +.

Albumine 0.25.

OBSERVATION VI

Insuccès

C., 28 ans, 1926.

Σ à 18 ans.

Reçoit une seule série intraveineuse de Novar.

Marié il y a 3 ans. A un enfant bien portant.

B.W. dans le sang, négatif avant le mariage et positif ensuite.

Depuis quelques mois fatigue cérébrale et physique. Ne peut plus travailler. Excitation sexuelle. Erreurs dans le travail, mais ne paraît pas inquiet. Modification du caractère avec alternatives d'irritation et d'indifférence. Troubles de la mémoire.

Examen physique.

Léger tremblement. Légère dysarthrie. Réflexes normaux.

Sang B.W. + +.

L.C.R. B.W. + + +.

On institue un traitement par le Novar.

Deux mois plus tard, bon état général, mais pas d'amélioration. Ensuite une série de Dmelcos et Tryparsamide à la fin de 1926.

Revu en 1927 : on constate une grosse amélioration.

On lui fait une deuxième série.

En 1929. Son état s'aggrave progressivement. On lui conseille de faire de la malariathérapie.

Depuis, le malade est perdu de vue.

OBSERVATION VII

Légère amélioration

D. A., 1927.

Se présente comme un P.G. typique.

Examen psychique.

Affaiblissement psychique global avec troubles marqués du jugement de l'affectivité. Gros troubles de la mémoire.

Examen physique.

Instabilité musculaire. Dysarthrie. Abolition des réflexes des membres inférieurs. Inégalité pupillaire. Argyll Robertson +. Tremblement des doigts.

Laboratoire.

Sang B.W. + +.

L.C.R. + + +.

Albuminose.

Traitement.

Une série de Dmelcos avec Tryparsamide.

Revu à la fin du traitement : état stationnaire.

Repos de 2 mois avec cyanure intraveineuse.

Deuxième série Dmelcos et Tryparsamide.

Bon état général. Amélioration légère. On lui conseille alors la malariathérapie.

Revu 6 mois plus tard : amélioration.

OBSERVATION VIII

Très bon résultat clinique

C. F., 39 ans, 1929.

Σ à 18 ans, mal traitée.

Se présente comme un déprimé. Il ressent depuis plusieurs mois une fatigue générale. Asthénie, dépression. Au cours d'un séjour à la campagne, il présente une crise de délire avec hallucinations. Sort dans la nuit habillé en maître d'hôtel. Cette crise de délire dure environ huit jours.

Examen psychique.

Pas de délire, mais hébétude, sourire niais. Incohérence dans les réponses. Indifférence. Diminution de la mémoire.

Examen physique.

Dysarthrie. Pas de troubles oculaires. Réflexes achilléens abolis.

Laboratoire.

Sang B.W. + + +.

L.C.R. B.W. + 2 +.

Albuminose 0.71.

Traitement.

Depuis 1929 il a eu 4 séries de Dmelcos avec Tryparsamide.

En outre 2 séries de muthanol. Disparition complète de tous les signes psychiques et physiques. Pas de dysarthrie. Pas de troubles de mémoire.

P. L. en janvier 1931.

B.W. +. Albumine 0.30.

Sang, B.W. faiblement positif.

OBSERVATION IX

Grande amélioration

L. A., 39 ans, septembre 1929.

Paludisme ancien.

P.G. au début, marquée surtout par des troubles physiques : tremblement et dysarthrie. Psychisme peu atteint. Cependant le malade est difficile au travail. Présente des troubles du caractère avec alternatives d'irritabilité et d'affectivité. Troubles de la mémoire.

Signes physiques.

Tremblement. Dysarthrie légère. Aucun trouble oculaire.

Laboratoire.

Sang B.W. + +.

L.C.R. B.W. + +.

Albuminose.

Traitement.

En 1929 une série de Dmelcos et 20 gr. de Tryparsamide.

Très grande amélioration à partir de la septième injection. Malgré le bon résultat on continue le traitement.

Deuxième série de Dmelcos avec Tryparsamide en 1930.

Une seule série en 1931.

Va très bien. Ne présente plus aucun trouble clinique de P.G.

T. humoraux persistants mais B.W. du sang —.

OBSERVATION X

Bonne amélioration

L. M., 40 ans, 1928.

Il y a 15 ans.

Depuis 6 mois le malade présente des troubles du caractère et de la mémoire. Il y a deux mois, il a fait une crise commotiale.

Examen mental.

Irritabilité, agitation maniaque, excitation génésique, absurdité de certains actes.

Examen physique.

Complètement négatif.

Mais *Laboratoire* : sang B.W. +.

L.C.R. B.W. + + +.

Albuminose 0.80.

Traitement.

Depuis 1928, deux fois par an une série de Dmelcos et Tryparsamide.

N'a plus de crises comitiales. Mène une vie professionnelle et familiale normale. Légère diminution intellectuelle globale. Il est moins vif, moins actif qu'auparavant.

OBSERVATION XI

C. D., 1927.

Le début s'est fait par tristesse progressive, inaptitude au travail, perte de la mémoire.

Examen physique.

Légère dysarthrie. Argyll + +. Rotulien droit absent.

Laboratoire.

Sang B.W. + +.

L.C.R. B.W. + + +.

Traitement.

En 1927, une série de Dmelcos avec Tryparsamide.

En 1928, trois séries.

En 1929, deux séries.

Revu en 1930, il est très amélioré. A repris son travail. Mène une vie normale. Pas de dysarthrie. Argyll persiste. Rotulien droit toujours absent.

Laboratoire : sang B.W. —.

Ponction lombaire n'a pas été faite.

OBSERVATION XII

Insuccès

R. B.,

P.G. typique.

Examen psychique.

Euphorie. Perte du sens critique. Troubles de la mémoire. Incapable de faire les calculs élémentaires. Incapacité de travail.

Examen physique.

Dysarthrie. Tremblement des lèvres. Pupilles normales. Réflexes tendineux vifs.

Laboratoire.

Sang B.W. +.

L.C.R. B.W. + +.

Albuminose 0.60.

Traitement.

En 1928, une série de Dmelcos et Tryparsamide, très bien supportée. Pas beaucoup d'amélioration.

Nouvelles en 1930.

Malgré traitement répété 2 fois par an, l'état démentiel persiste avec un bon état général.

Conseil de malariathérapie.

OBSERVATION XIII

Grosse amélioration

Bou..., 52 ans, comédien, 1926.

Aucun antécédent personnel ou familial. Bien portant

jusqu'à la guerre. Le début de la maladie remonte à deux ans environ. Troubles de la mémoire. Amnésie des faits récents.

Il y a huit mois, exagération des phénomènes avec gros troubles de la mémoire, avec une telle diminution que le malade est obligé de cesser son métier de comédien.

Examen physique.

Inégalité pupillaire. Irrégularité de la papille. Fixité pupillaire. Pas de troubles de la démarche. Réflexes tendineux normaux.

Examen laboratoire.

Sang B.W. + + +.

H. B. + + +.

L.C.R. B.W. + + +.

Albumine 0.90.

Nageotte 10 éléments.

Traitement.

Il reçoit dans l'année trois séries de Dmelcos avec Tryparsamide.

Dès la première série grosse amélioration, cependant la diminution de la mémoire l'empêche de reprendre son métier.

A la fin de la troisième série, il se fixe à la campagne.

L.C.R. B.W. + +.

Sang B.W. —.

Plus de nouvelles.

OBSERVATION XIV

Fixation de la maladie, mais sans gros résultats

Bar..., 48 ans, 1926.

Sa femme et son fils présentent un B.W. + + +.

Σ à 20 ans, mal traitée.

Le début remonte à un an environ par des oublis, indifférence.

Entre à l'hôpital pour P.G. typique.

Affaiblissement psychique global avec troubles du jugement, de l'affectivité. Il est absolument indifférent. L'air niais.

Examen physique.

Dysarthrie. Inégalité pupillaire. Réflexes vifs.

Laboratoire.

Sang B.W. + +.

L.C.R. B.W. + +.

Albumine 1 gr.

Leucocytose.

Traitement.

Première série Dmelcos et Tryparsamide 23 gr.

Bon état général. Aucune réaction psychique anormale. Le psychique peu modifié.

Après repos de 2 mois on fait une deuxième série. Etat général excellent. Les facultés mentales ne s'améliorent pas. Repris dans sa famille.

1927 : Deux séries Dmelcos et Tryparsamide.

Sa femme ne signale aucune réaction nette. Ne com-

met pas d'actes de bêtise, mais il est incapable de travailler.

OBSERVATION XV

Rémission complète

Madame Sch..., 40 ans, marchande ambulante.

Le début remonte à 8 mois environ. Incapacité professionnelle. Oublie tout. Se trompe en rendant la monnaie. Ne sait plus où se trouvent les choses les plus simples. Amnésie sur les faits anciens et récents. Diminution intellectuelle globale. Grosses erreurs de calcul. Désorientation dans le temps et l'espace.

Examen physique.

Dysarthrie. Inégalité pupillaire. Pas de paralysie. Réflexes tendineux vifs.

Laboratoire.

Sang B.W. +.

L.C.R. B.W. +.

Leucocytose.

Albuminose.

Traitement.

On fait une série de Dmelcos et Tryparsamide (22 gr.).

Très grosse amélioration.

Les facultés intellectuelles qui étaient engourdies reprennent. Elle fait encore des erreurs de calcul mais se souvient de multiples faits.

La dysarthrie diminue. Elle est presque absente.

L.C.R. et sang B.W. + +.

Deuxième série après deux mois de repos.

La malade reprend sa vie professionnelle. Ne se trompe plus dans les calculs d'argent. Ne semble avoir conservé qu'une certaine indifférence.

Revue un an plus tard, elle est guérie cliniquement, mais humoralement aucune amélioration. Pupilles inégales.

1927 : Deux séries Dmelcos et Tryparsamide.

La malade paraît absolument normale et les dernières nouvelles reçues sont très bonnes.

OBSERVATION XVI

Bonne amélioration

Ven..., 37 ans, 1926.

Premier symptôme : troubles du caractère et brusquement crises convulsives répétées trois fois. Reprend son travail mais il est toujours mécontent. Mémoire déficiente, mais il continue sa profession.

Actuellement : Diminution psychique nette. Perte de la mémoire. Dysarthrie.

Examen laboratoire.

Sang B.W. + +.

H.W. +.

L.C.R. B.W. + + +.

Leucocytose.

Traitement (1927).

Deux séries Dmelcos et Tryparsamide.

Il reprend son travail. Vie normale, mais de temps en temps présente des crises convulsives.

Revu au bout d'un an.

Reprises des incidents. Son travail ne rend pas. Il reçoit tous les jours des observations des chefs. Il a fait une fugue de 2 jours. Indifférent à tout ce qui lui arrive.

1928 : Nouvelle série. Reprend son travail.

Revu en 1929.

Diminution intellectuelle, mais continue son travail.

Une autre série dans l'année.

1930 : Bonne amélioration de tous les symptômes, mais crises convulsives de temps en temps.

OBSERVATION XVII

Très bonne amélioration

Leb... Ch..., 43 ans, peintre, janvier 1929.

A été interné il y a 2 ans pour troubles mentaux, fugues, dépenses folles. Légère amélioration, il sort. Entre à l'hôpital pour reprise des accidents. Il fait des dépenses exagérées, il a envie de construire des asiles.

Examen.

Inégalité pupillaire, myosis, amnésie, dysarthrie. Réponses déficientes, incohérentes, non reliées les unes aux autres.

Examen laboratoire.

Sang B.W. + +.

H.W. +.

L.C.R. B.W. + +.

Albuminose.

Leucocytose.

Traitement.

Deux séries Dmelcos et Tryparsamide.

Très amélioré après le traitement, il reprend son travail sans aucun accident. Il peut expliquer son travail mais la dysarthrie persiste légère. Légère diminution intellectuelle quand il se fatigue trop. Il a été suivi un an. Maintenant il va très bien, ne se présente plus aux piqures.

OBSERVATION XVIII

Résultats nuls : mort.

Dum..., 58 ans, secrétaire.

P.G. classique.

Euphorique, souriant, béat.

Grosse diminution intellectuelle globale.

Examen physique.

Dysarthrie, léger tremblement, inégalité pupillaire.

Sang B.W. +.

L.C.R. B.W. + +.

Traitement.

Reçoit une série Dmelcos et Trypsamide.

Sort amélioré, il est capable de sortir seul, de se rendre à son bureau.

En réalité il persiste une diminution globale des facultés intellectuelles, visibles surtout aux cours des longues conversations.

Nouvelle série Dmelcos Tryparsamide.

Il recommence son travail.

Ne retourne pas aux piqures pendant six mois.

Reprise des symptômes, le malade hospitalisé de nouveau.

Malgré traitement, on constate une aggravation progressive de la maladie avec périodes de calme, mais au bout de deux ans d'évolution, mort.

OBSERVATION XIX

Fixtion de la maladie avec amélioration de l'état psychique

Jean Bap..., 38 ans, ouvrier.

La maladie débute par fatigue, asthénie, perte de la mémoire.

Incapacité de travail.

Examen.

Indifférence absolue, désorientation temps et espace. Très grosse dysarthrie, inégalité pupillaire, réflexes tendineux vifs, secousses fibrillaires.

Examen laboratoire.

Sang B.W. ++.

L.C.R. B.W. ++.

Leucocytose.

Albuminose.

Traitement.

Première série Dmelcos et Tryparsamide.

Très bon état général.

Très grosse amélioration intellectuelle, mais dysarthrie non modifiée.

Deuxième série.

Reprend son travail malgré la dysarthrie très forte.

Pas de modification des humeurs.

Troisième série, dans l'année.

Continue à être bien, au point de vue état général et psychique.

Continue son métier.

Dysarthrie persiste.

Deuxième et troisième année.

Chaque année deux séries de Dmelcos et Tryparsamide.

Le malade paraît fixé au point de vue dysarthrie et état intellectuel.

OBSERVATION XX

Bonne amélioration

Sant... Jean, 37 ans, garçon de café, 1927.

Le début de la maladie se fait par fatigue, asthénie, tristesse et lassitude.

Il est obligé de cesser son travail, tellement il était déprimé.

Il présente des idées noires avec envies de suicide. Dysarthrie très accentuée, tremblement des lèvres et des

doigts, il répète et accroche les mots, mais son intelligence n'est pas diminuée et le malade s'observe en parlant. Pupilles inégales, reflexes tendineux absents Argyll Robertson + +.

Sang B.W. +.

L.C.R. B.W. + +.

Traitement.

Après deux séries de Dmelcos et Tryparsamide, on constate une amélioration nette de ces symptômes.

Dysarthrie presque absente.

Idées de tristesse disparues.

1928 : 2 nouvelles séries Dmelcos et Tryparsamide.

Très bon état général et intellectuel.

Sang B.W. —.

L.C.R. B.W. + +.

OBSERVATION XXI

Très bonne amélioration des signes psychiques

Boit..., 37 ans, 1927, novembre.

Entre à l'hôpital pour phénomènes de dépression. Idées d'indignité envers soi-même, survenues sans aucune cause.

Σ à 25 ans.

Troubles de la mémoire manifestes.

Troubles du jugement de l'affectivité.

Signes physiques.

Dysarthrie légère, reflexes pupillaires normaux, pupille droite irrégulière.

Laboratoire.

Sang B.W. +.
L.C.R. B.W. + +.
Leucocyte.

Traitement.

Reçoit en novembre 1927 une série de Dmelcos avec Tryparsamide. Le malade est très amélioré après la première série.

Deuxième série en avril 1928.

Disparition progressive des phénomènes délirants. Pas de trace trois mois après la première série. Il reste cependant une légère indifférence, mais il continue le travail sans faire aucune faute. Il est moins gai qu'avant. La vie familiale est normale.

Après la deuxième série, disparition complète de tous les signes.

Laboratoire.

Sang et L.C.R.
B.W. + +.

Actuellement on lui fait régulièrement deux séries de Dmelcos et Tryparsamide par an.

OBSERVATION XXII

Mort

Mme Rozi, 1927.

P.G. Typique.

Arrive à l'hôpital en état démentiel, incapable de s'orienter seule, menant chez elle une vie d'enfant.

Signes physiques.

Dysarthrie.

Argyll Robertson +.

Abolition des reflexes.

Laboratoire.

Sang B.W. +.

L.C.R. B.W. + +.

Albuminose-leucocytose.

Traitement.

On lui fait une série de Dmelcos et Tryparsamide suivie d'une série de Quimby et Sulfarsenobezol.

Très légère amélioration.

On lui fait alors rapidement une deuxième série de Dmelcos et Tryparsamide.

La malade sort de l'hôpital améliorée.

Rentre à nouveau dans le service en juin 1928 pour la reprise des symptômes.

Nouvelle série Dmelcos et Tryparsamide.

Malgré ce traitement l'état démentiel ne s'améliore pas.

Aggravation de l'état général.

Reprise par la famille, la malade revient dans le service en avril 1929.

Son état est tel qu'on ne la traite plus par la pyrétothérapie.

Elle est ramenée par sa famille.

Mort à la fin de 1929.

OBSERVATION XXIII

Disparition des troubles psychiques

Mme Bert..., janvier 1927.

Entre à l'hôpital parce qu'on a observé des erreurs dans son travail.

Un peu négligente sur elle et dans son intérieur. Diminution des facultés intellectuelles. Erreurs de calcul. Manque de sensibilité, Erreur de jugement. Perte de la mémoire.

Signes physiques.

Dysarthrie. Abolition des reflexes pupillaires, reflexes tendineux vifs.

Laboratoire.

Sang B.W. —

L.C.R. B.W. + +.

Albuminose.

Leucocytose.

Traitement.

On fait une série de Dmelcos et Tryparsamide, 22 gr.

Grosse amélioration.

La malade mène une vie normale dans la salle, aide au service.

Trois mois après, une nouvelle série, interrompue pour maladie intercurrente (angine) à la dixième piqure.

On arrête le traitement, car la malade va très bien au point de vue psychique.

Elle reprend son travail.

En juillet 1928 une série de Dmelcos et Tryparsamide.

Revue en juillet 1930.

Etat général et psychique très bon.

Mais pupilles restent non modifiées.

Troubles humoraux non modifiés.

Nouvelle série de Dmelcos et Tryparsamide.

INTERPRETATION DES RESULTATS

Sur les 23 malades traités par la pyrétothérapie réglée associée à la tryparsamide, nous constatons les résultats suivants :

10. — Améliorations complètes des troubles psychiques et physiques (Obs. I, II, IV, VIII, IX, XI, XIII, XV, XVII, XXI).

5. — Bonnes améliorations de tous les troubles (Obs. III, V, X, XVI, XX). Chez un seul (obs. XVI) on constate la disparition des troubles psychiques et physiques mais persistance des crises convulsives.

2. — Légères améliorations (Obs. VII, XXIII).

2. — Deux des malades ont vu l'évolution de la maladie fixée, mais sans gros résultats (Obs. XIV, XIX).

1. — Insuccès, mais sans aggravation des symptômes (Obs. XII).

3 morts. — (Obs. VI, XVIII, XXII).

Au point de vue sérologique, nous voyons que les réactions ont été peu améliorées par le traitement. Abaissement de l'hyperalbuminose et de la leucocytose. Mais le B. W. est resté positif dans le liquide C. R.

B. W. du sang est devenue négatif dans presque la totalité des cas suivis.

Enfin, nous n'avons eu à constater aucune complication si minime soit-elle, imputable au traitement.

RESULTATS COMPARATIFS

Nous allons donner le résultat de plusieurs traitements employés pour montrer l'efficacité de cette méthode.

MALARIATHÉRAPIE

La statistique de Wagner-Jauregg qui porte sur plus de 2.000 impaludés donne des chiffres qui représentent les moyennes suivantes :

32 pour 100, rémissions complètes;

12,8 pour 100, rémissions incomplètes.

Soit un total de 44,8 % d'améliorations.

Morts : 13,7 %.

Stationnaires : 13,7 %.

En France nous relevons la statistique suivante :

Rémissions complètes.....	39,28 %
Rémissions incomplètes...	17,85 %
Résultats nuls.....	17,85 %
Décès	10,71 %

TRAITEMENT PAR LE STOVARSOL SODIQUE

MM. Sézary et Barbé donnent les chiffres suivants :
68 % d'améliorations dans les formes avec excitation.

58 % d'améliorations dans les formes avec affaiblissement intellectuel.

26 % d'améliorations dans les formes avec démence complète.

Donc en moyenne 51 % d'amélioration.

Tryparsamide

Sur 20 malades traités par la Tryparsamide par MM. Sicard et Haguenau nous relevons les chiffres suivants :

Rémissions complètes.....	40 %
Rémissions incomplètes avec stabilisation.	20 %
Morts	10 %

Pyrétothérapie réglée associée à la Tryparsamide

Sur 23 observations publiées par nous, on peut faire la statistique suivante :

Rémissions complètes et bonnes améliorations	67,39 %
Rémissions partielles.....	8,66 %
Stabilisations	8,66 %
Morts et insuccès.....	16 %

CONCLUSIONS

1° L'association de la pyrétothérapie et de la tryparsamide constitue un mode de traitement de la paralysie générale des plus actifs. La statistique que nous rapportons — quoique portant sur des chiffres faibles — est très suggestive. Elle tire son intérêt du fait qu'il s'agit de malades longuement suivis.

2° Les avantages de la méthode sont :

— la possibilité de l'appliquer loin des centres de la malarithérapie;

— la possibilité de tâter la susceptibilité de chaque malade, et de régler l'intensité de l'accès fébrile;

— la possibilité d'interrompre immédiatement le traitement en cas de réaction fâcheuse;

— l'association possible et désirable avec la chimiothérapie.

3° Les indications de la méthode sont donc très large.

— Elle peut être le premier temps de toute thérapeutique malarienne pour tâter la susceptibilité du malade.

— Elle réunit en outre, comme indication princi-

pale, tous les P. G. qui ne peuvent être hospitalisés ou suivis dans une maison de santé, et aussi les sujets trop fatigués pour supporter l'infection malarienne.

Cependant, il faut éviter même la Dmelcothérapie chez les grands cachectiques et les fébricitants.

4° La technique est simple et consiste en injections intraveineuses, par la même aiguille successivement, de Dmelcos et de la Tryparsamide aux doses que nous avons indiquées.

La répétition des doses se fait généralement au rythme de 2 ou même 3 injections par semaine.

Pas plus que les autres méthodes de traitement employées, on ne peut espérer obtenir dans tous les cas des rémissions chez les paralytiques généraux, car bon nombre d'entre eux ne sont conduits au médecin qu'après une évolution longue et avec des lésions définitivement installées.

Vu: *le Doyen,*
BALTHAZARD

Vu: *le Président de thèse,*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

1. LEROY et G. MEDAKOWITCH. — Paralyse générale et malariathérapie. G. Doin, 1931.
2. CLAUDE et TARGOWLA. — Le traitement de la paralyse générale, méthodes et résultats. *Encéphale*, XX, 1925.
3. CLAUDE et TARGOWLA. — Sur la malariathérapie de la paralyse générale, indications et contre-indications. *Revue neurolog.*, I, 1927, p. 208.
4. SICARD, HAGUENAU et WALLICH. — Pyrétothérapie réglée dans la paralyse générale par injection intraveineuse de vaccin antichancrelleux. *Revue Neurologique*, n° 1, juillet 1927.
5. SICARD et HAGUENAU. — Paralyse générale et pyrétothérapie. *La Médecine*, n° 14, novembre 1928.
6. SICARD et HAGUENAU. — Tryparsamide et P. G. Quatre années d'expériences. *Ann. de Méd.*, novembre 1927.

7. SICARD, HAGUENAU et BIZE. — Traitement de la paralysie générale par la tryparsamide et la pyréthérapie réglée. Congrès des médecins aliénistes et neurologiques. Anvers, juillet 1928.
8. A. SEZARY et BARBÉ. — Paralysie générale. Les traitements modernes. C. Doin, 1930.
9. A. SEZARY et BARBÉ. — Traitement de la paralysie générale par les injections de stovarsol. *Revue Neurologique*, 1927, Tome I, p. 1037.
10. WAGNER JAUREGG. — La malariathérapie de la P.G. *Revue Neurologique*, juin 1929. T. I, p. 889.
11. GATÉ et CHRISTE. — Considérations à propos d'un cas de paralysie générale traitée par la pyréthothérapie réglée. *Bulletin Médical*, mars 1928, n° 12, p. 323.
12. LEPAGE. — Pyréthothérapie par injections de vaccin antichancrelleux dans la P. G. *Le Scalpel*, 18-2-28, p. 180.
13. PASCAL, ABRAMOVITZ et BRIAU. — Amélioration rapide d'une paralysie générale cachectique et gâteuse par le stovarsol associé au Dmelcos.
14. FRENEL. — Traitement de la paralysie générale par le Dmelcos. *Ann. Médico-psychologiques*, juillet 1928, p. 176.
15. BEAUDOIN et DUPONT. — 13 cas de P.G. traités par injections de Dmelcos combinés d'un traitement chimique.

16. BEAUDOIN et DUPONT. — Rapport sur la P.G. et sa thérapeutique. *Presse Médicale*, 18 février 1928, p. 1049.
17. Gaston AYMES. — Pyrétothérapie subcontinue dans la paralysie générale par les injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux. *Marseille Médical*, 15 nov. 1928.
18. HARVIER. — Pyrétothérapie des syphilis nerveuses. *Paris Médical*, 1^{er} déc. 1928, p. 458.
19. NORHARDT. — Le traitement de la P. G. par la pyrétothérapie. *Vie Médicale*, 25 déc. 1928.
20. BARBE et COMBEMALE. — Résultats éloignés de la pyrétothérapie réglée au Dmelcos dans le traitement de la P. G. *Echo Médical du Nord*, 1929, p. 101.
21. COMBEMALE et VULLIEU. — Résultats obtenus par la pyrétothérapie réglée au Dmelcos chez trente-neuf paralytiques généraux.
22. PAULIAN. — La pyrétothérapie dans les maladies du système nerveux. *Presse Médicale*, n° 85, 23 oct. 1929, p. 1375.
23. TARBOURIECH. — Contribution à l'étude du traitement de la P. G. par le stovarsol combiné au Dmelcos. *Progrès Médical*, n° 30, 23 juillet 1927.
24. SEZARY et BARBE. — Pyrétothérapie par le vaccin Dmelcos dans la paralysie générale et la sclérose en plaques.

25. Louis TARBOURIECH. — Contribution à l'étude du traitement de la P. G. par le stovarsol combiné au Dmelcos. Thèse de Doctorat, Montpellier, 1930.
-

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris
